

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a:  
[redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

Gli Autori si assumono la responsabilità dei contenuti scientifici della pubblicazione e sono tenuti a dichiarare la presenza o meno di qualsiasi forma di **conflitto di interesse** compilando l'apposito modulo.

I contributi vengono sottoposti a un processo di revisione anonimo. Il parere dei Revisori viene comunicato all'Autore assieme alle conclusioni. Il giudizio espresso riguarda l'interesse per il lettore, la leggibilità, la correttezza e l'appropriatezza delle informazioni contenute.

### STRUTTURA DEGLI ARTICOLI

Gli articoli devono avere una dimensione massima di 20.000 battute (3000 parole circa), bibliografia, abstract e box di approfondimento esclusi. Per la rubrica iconografica: 6000 battute al massimo (900 parole circa). Per i casi clinici contributivi: 13.000 battute al massimo (2000 parole circa).

Le **Lettere** vengono, nella maggioranza dei casi, accettate e pubblicate quanto prima. Le dimensioni non devono superare le 3000 battute (500 parole), con al massimo 5 referenze.

### TUTTI GLI ARTICOLI DEVONO ESSERE CORREDATI DI:

- 1. Titolo** in italiano e in inglese.
- 2. Nome** per esteso, **cognome** e **qualifica** di tutti gli Autori (professione, Istituto di appartenenza).
- 3. Riassunto/Abstract** in italiano e in inglese (al massimo 2000 battute, pari a 300 parole circa). Nelle ricerche e nelle revisioni, l'abstract va strutturato in: Razionale (o Background), Obiettivi, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni. Per i casi clinici contributivi l'abstract deve avere 1000 battute al massimo (150 parole circa).
- 4. Parole chiave** (da 3 a 5) in italiano e inglese.
- 5. Indirizzo e-mail** per la corrispondenza.
- 6. Figure e Tabelle** se opportune. Per le figure è necessaria la didascalia. Per le tabelle il titolo. Per entrambe il riferimento nel testo e, se opportuno, la fonte. Tutte le figure vanno inviate separate dal testo in formato digitale ad alta risoluzione. Immagini di qualità non idonea possono venir omesse, previa comunicazione all'Autore. Se fosse necessario pubblicare immagini riconoscibili del paziente, l'Autore deve richiedere il **consenso informato** alla pubblicazione al paziente o alla famiglia compilando l'apposito modulo.
- 7. Bibliografia:** va redatta in ordine di citazione (non alfabetico), secondo numerazione araba (1,2, ...). Il numero d'ordine di citazione va indicato in apice nel testo, senza ipertesto e senza parentesi. Gli Autori vanno citati tutti quando non superano il numero di 6. In caso contrario citare i primi 3, seguiti dall'abbreviazione *et al.* A seguire, nell'ordine, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, il volume, la prima e l'ultima pagina del testo. Il font da utilizzare è Times, grandezza 12, interlinea 1,5.

**Gli articoli non rispondenti ai requisiti verranno restituiti agli Autori prima di essere valutati.**

Tutti gli articoli pubblicati sono citabili e sono validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

**Redazione di Medico e Bambino**  
Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste  
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590  
[redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

## Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 10 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 7 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### LA PAGINA GIALLA SPECIALE ADOLESCENZA

**1. La National Sleep Foundation raccomanda che la durata del sonno in un adolescente dovrebbe essere di almeno:**

a) Sette ore; b) Nove ore; c) Undici ore.

**2. Un sonno inadeguato in un adolescente è stato correlato negativamente con:**

a) L'insuccesso scolastico; b) L'eccessiva magrezza; c) Alcuni disturbi comportamentali; d) L'abuso di sostanze; e) Tutti i precedenti; f) Le risposte a, c e d.

**3. La POTS (Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome) è caratterizzata da una tachicardia ortostatica, che può essere presente in un adolescente sempre stanco, astenico, con mal di testa, mal di pancia, con senso di testa vuota**

Vero/Falso

### AGGIORNAMENTO L'INSONNIA IN ETÀ EVOLUTIVA

**4. Una delle conseguenze dell'insonnia in età pediatrica-adolescenziale riguarda la maggiore prevalenza di:**

a) Magrezza; b) Obesità; c) Bassa statura.

**5. Diversi studi hanno dimostrato che l'utilizzo di tecniche comportamentali nel trattamento dell'insonnia della prima e seconda infanzia è efficace nel:**

a) 20-30% dei casi; b) 30-50%; c) 50-80%.

**6. Il disturbo del sonno da inadeguata definizione del limite riguarda:**

a) Il bambino in età prescolare-scolare che rifiuta di andare a letto a un orario determinato e a rimanerci tutta la notte; b) L'adolescente che tende ad addormentarsi tardi; c) Un bambino che tende ad addormentarsi solo in presenza di determinate condizioni (oggetti o circostanze).

### PROBLEMI CORRENTI LO SVEZZAMENTO VEGETARIANO

**7. Nella dieta vegana (in cui tutti i cibi di derivazione animale sono assenti) quale di queste vitamine deve essere sempre necessariamente integrata?**

a) La vitamina A; b) La vitamina B6; c) L'acido folico; d) La vitamina B12.

**8. Quali delle seguenti affermazioni è corretta nella dieta vegetariana?**

a) Il fabbisogno di zinco può essere superiore del 50% rispetto alla popolazione generale; b) È sempre opportuno assicurare un adeguato apporto giornaliero di vitamina D; c) Le assunzioni di ferro sono raddoppiate rispetto a quelle dei non vegetariani; d) Tutte le precedenti; e) Le risposte a e b; f) Le risposte a e c.

### PROBLEMI SPECIALI - LA LINFOPENIA

**9. In un bambino di 5-9 mesi di vita la conta media dei linfociti ( $\times 10^9/l$ ) normale per l'età (con il rispettivo range di possibile variabilità) risulta essere pari a:**

a) 4,8 (0,7-7,3); b) 2,2 (1-5,3); c) 6,0 (3,8-9,9); d) 1,8 (1-2,8).

**10. In un bambino al di sotto dell'anno di età quale potrebbe essere il numero assoluto di linfociti indicativo di una possibile linfopenia?**

a) < 1500; b) < 3000; c) < 5000.

**11. Quale delle seguenti condizioni si può associare a linfopenia?**

a) Il trattamento con immunosoppressori (ciclofosfamide, methotrexate, azatioprina, cortisone ecc.); b) Molte infezioni virali (influenza, VRS, morbillo ecc.); c) Lupus eritematoso sistemico; d) Infezione da HIV; e) Tutte le precedenti; f) Tutte le precedenti tranne una.

**12. La sindrome di DiGeorge si caratterizza per:**

a) Presenza di linfopenia, cardiopatie congenite, ipocalcemia; b) Linfopenia, anomalie scheletriche, capelli sottili; c) Linfopenia, eczema, alti livelli di IgE; d) Linfopenia, anemia, piastrinopenia, alterazioni scheletriche.

### PERCORSI CLINICI - ANEMIA SIDEROPENICA

**13. In caso di anemia microcitica da carenza di ferro la ricerca del sangue occulto fecale per escludere un sanguinamento gastrointestinale ha una sensibilità che è vicina al 100%**

Vero/Falso

**14. Per la ricerca del diverticolo di Meckel la scintigrafia con tecnezio rappresenta il gold standard diagnostico. In letteratura la sensibilità dell'esame risulta essere pari a:**

a) 30-55%; b) 60-85%; c) 85-100%.

## Risposte

PAGINA GIALLA 1=b; 2=f; 3=Vero; AGGIORNAMENTO 4=b; 5=c; 6=a; PROBLEMI CORRENTI 7=d; 8=d; PROBLEMI SPECIALI 9=c; 10=b; 11=e; 12=a; PERCORSI CLINICI 13=Falso; 14=b.